

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

| I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY                                                                                                                                                                                                 |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |                                                                   |  |                                       |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|
| <b>1. Imię</b>                                                                                                                                                                                                                      |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <b>2. Nazwisko</b>                 |                                                                   |  |                                       |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |                                                                   |  |                                       |  |  |  |
| <b>3. Data urodzenia</b>                                                                                                                                                                                                            |  |  |                     | <b>4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>                                                                                                                                                                                                                              |  |                                    |                                                                   |  |                                       |  |  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em;"> <span>— — — — —</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.7em;"> <span>dzień - miesiąc - rok</span> </div> |  |  |                     | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 100%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> <span>— — — — —</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.7em;"> <span>— — — — —</span> </div> </div> </div> |  |                                    |                                                                   |  |                                       |  |  |  |
| <b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>                                                                                                                                                                                                |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |                                                                   |  |                                       |  |  |  |
| <b>5A. Ulica</b>                                                                                                                                                                                                                    |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <b>5B. Numer domu / mieszkania</b> |                                                                   |  | <b>5C. Kod pocztowy i miejscowość</b> |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |                                                                   |  |                                       |  |  |  |
| <b>6. Numer telefonu</b><br><small>(pole nieobowiązkowe)</small>                                                                                                                                                                    |  |  |                     | <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> <span>— — — — —</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.7em;"> <span>— — — — —</span> </div>                                                                                                       |  |                                    |                                                                   |  |                                       |  |  |  |
| <b>7. Adres e-mail</b> <small>(pole nieobowiązkowe)</small>                                                                                                                                                                         |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |                                                                   |  |                                       |  |  |  |
| <b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona)</b>                                                                                     |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |                                                                   |  |                                       |  |  |  |
| <b>8A. Imię</b>                                                                                                                                                                                                                     |  |  | <b>8B. Nazwisko</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    | <b>8C. Numer telefonu</b><br><small>(pole nieobowiązkowe)</small> |  |                                       |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |                                                                   |  |                                       |  |  |  |
| <b>Adres miejsca zamieszkania</b>                                                                                                                                                                                                   |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |                                                                   |  |                                       |  |  |  |
| <b>8D. Ulica</b>                                                                                                                                                                                                                    |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <b>8E. Numer domu/mieszkania</b>   |                                                                   |  | <b>8F. Kod pocztowy i miejscowość</b> |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |                                                                   |  |                                       |  |  |  |
| <b>8G. Imię</b>                                                                                                                                                                                                                     |  |  | <b>8H. Nazwisko</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    | <b>8I. Numer telefonu</b><br><small>(pole nieobowiązkowe)</small> |  |                                       |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |                                                                   |  |                                       |  |  |  |
| <b>Adres miejsca zamieszkania</b>                                                                                                                                                                                                   |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |                                                                   |  |                                       |  |  |  |
| <b>8J. Ulica</b>                                                                                                                                                                                                                    |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <b>8K. Numer domu/mieszkania</b>   |                                                                   |  | <b>8L. Kod pocztowy i miejscowość</b> |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |                                                                   |  |                                       |  |  |  |

| II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 9. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |
| 9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Teledocor sp. z o.o.                                               |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ul. Zielona 29, 90-602 Łódź                                        |
| 10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny                   |
| 11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <li>o zmiana miejsca zamieszkania</li> <li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li>o osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii</li> <li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)</li> </ul> <p>.....</p> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |                                                                    |
| III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |
| 12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |
| Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sofia Priadka                                                      |
| 13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny                   |
| 14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <li>o zmiana miejsca zamieszkania</li> <li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li>o osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii</li> <li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)</li> </ul> <p>.....</p> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |                                                                    |
| .....<br>(data)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | .....<br>(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) |

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIEŁĘGNIARKI  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

| I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |                     |                                                                                                    |  |                                    |  |                                                                   |  |                                       |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|
| <b>1. Imię</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                     |                                                                                                    |  | <b>2. Nazwisko</b>                 |  |                                                                   |  |                                       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |                     |                                                                                                    |  |                                    |  |                                                                   |  |                                       |  |  |
| <b>3. Data urodzenia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |                     | <b>4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b> |  |                                    |  |                                                                   |  |                                       |  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em;"> <span>— — — — —</span> <span>— — — — —</span> <span>— — — — —</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.7em;"> <span>dzień</span> <span>-</span> <span>miesiąc</span> <span>-</span> <span>rok</span> </div> |  |  |                     |                                                                                                    |  |                                    |  |                                                                   |  |                                       |  |  |
| <b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                     |                                                                                                    |  |                                    |  |                                                                   |  |                                       |  |  |
| <b>5A. Ulica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |                     |                                                                                                    |  | <b>5B. Numer domu / mieszkania</b> |  |                                                                   |  | <b>5C. Kod pocztowy i miejscowość</b> |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |                     |                                                                                                    |  |                                    |  |                                                                   |  |                                       |  |  |
| <b>6. Numer telefonu</b><br><small>(pole nieobowiązkowe)</small>                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |                     |                                                                                                    |  |                                    |  |                                                                   |  |                                       |  |  |
| <b>7. Adres e-mail</b> <small>(pole nieobowiązkowe)</small>                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                     |                                                                                                    |  |                                    |  |                                                                   |  |                                       |  |  |
| <b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona)</b>                                                                                                                                                                                       |  |  |                     |                                                                                                    |  |                                    |  |                                                                   |  |                                       |  |  |
| <b>8A. Imię</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  | <b>8B. Nazwisko</b> |                                                                                                    |  |                                    |  | <b>8C. Numer telefonu</b><br><small>(pole nieobowiązkowe)</small> |  |                                       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |                     |                                                                                                    |  |                                    |  |                                                                   |  |                                       |  |  |
| <b>Adres miejsca zamieszkania</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |                     |                                                                                                    |  |                                    |  |                                                                   |  |                                       |  |  |
| <b>8D. Ulica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |                     |                                                                                                    |  | <b>8E. Numer domu/mieszkania</b>   |  |                                                                   |  | <b>8F. Kod pocztowy i miejscowość</b> |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |                     |                                                                                                    |  |                                    |  |                                                                   |  |                                       |  |  |
| <b>8G. Imię</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  | <b>8H. Nazwisko</b> |                                                                                                    |  |                                    |  | <b>8I. Numer telefonu</b><br><small>(pole nieobowiązkowe)</small> |  |                                       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |                     |                                                                                                    |  |                                    |  |                                                                   |  |                                       |  |  |
| <b>Adres miejsca zamieszkania</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |                     |                                                                                                    |  |                                    |  |                                                                   |  |                                       |  |  |
| <b>8J. Ulica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |                     |                                                                                                    |  | <b>8K. Numer domu/mieszkania</b>   |  |                                                                   |  | <b>8L. Kod pocztowy i miejscowość</b> |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |                     |                                                                                                    |  |                                    |  |                                                                   |  |                                       |  |  |

| II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 9. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |
| 9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Teledoctor sp. z o.o.                                              |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ul. Zielona 29, 90-602 Łódź                                        |
| 10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny                   |
| 11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <li>o zmiana miejsca zamieszkania</li> <li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)</li> </ul> <p>.....</p> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |                                                                    |
| III. DANE DOTYCZĄCE PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                    |
| 12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |
| Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ewa Rutkowska-Graczyk                                              |
| 13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny                   |
| 14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <li>o zmiana miejsca zamieszkania</li> <li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)</li> </ul> <p>.....</p> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |                                                                    |
| .....<br>(data)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | .....<br>(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) |